Э. А. БАБАЯН, М. Х. ГОНОПОЛЬСКИЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ по НАРКОЛОГИИ

Допущено Главным управлением учебных заведений Министерства здравоохранения СССР в качестве учебного пособия для учащихся медицинских училищ



Москва · «Медицина» · 1981

56.14
УДК 615.015.6.08 (075.32)

Э. А. БАБАЯН, М. X. ГОНОПОЛЬСКИЙ. **Учебное пособие по наркологии.**— М.: Медицина, 1981, 304 с., ил.

В пособии излагаются организационные основы наркологической службы и определяются сроки и методы лечебной работы наркологических диспансеров, кабинетов, пунктов и постов. Освещаются также методические вопросы решения клинических, юридических и правовых аспектов алкоголизма, наркоманий, токсикоманий.

Пособие предназначено для учащихся медицинских училищ, где будет проводиться подготовка фельдшеров-наркологов и медицинских сестер для работы в учреждениях наркологической службы.

В пособии 4 рис., 2 табл., 5 схем.

Рецензент — зав. кафедрой психотерапии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей МЗ СССР проф. В. Е. РОЖНОВ.



Б $\frac{51700\text{-}159}{039(01)\text{-}81}$ 19-81. 4124030600

ПРЕДИСЛОВИЕ

Организованная борьба с пьянством и алкоголизмом ведется в Советском Союзе последовательно и настойчиво. За последние годы четко определились понятия бытового пьянства и алкоголизма (алкогольной болезни). Однако до недавнего времени (1975 г.) в стране лечением этого контингента больных занималась психиатрическая сеть. Это не позволяло сосредоточить необходимые силы и средства на решении задач концентрированной организации помощи больным, страдающим алкоголизмом.

В настоящее время наркологическая служба в стране интенсивно развивается, в ее системе заметную роль играет средний медицинский персонал, на который возлагаются серьезные задачи по решению, в пределах его компетенции, многих вопросов выявления, лечения, профилактики алкоголизма, санитарно-просветительной работы в этой области и оздоровления микросоциальной среды.

До сих пор опыт подобной работы среднего медицинского персонала был очень ограниченным и по существу не обобщался. Между тем работа в системе наркологической службы имеет свои специфические особенности, которые также требуют анализа, научного обоснования и освещения в печати, тем более что огромная армия средних медицинских работников, уже работающих в наркологии или только начинающих свою работу в этой области, остро нуждаются в учебном пособии, которое ориентировало бы их в клинических и организационных вопросах наркологии.

Кроме того, за последние годы, благодаря значительной научно-исследовательской работе, сформировано учение об алкогольной болезни, ее патогенезе, стадийности, основных методах лечения, профилактике.

Исходя из этих предпосылок, авторы настоящего учебного пособия предприняли первую попытку обобщить накопленный в настоящее время опыт работы наркологической службы страны, проанализировать его, наметить перспективы дальнейшего развития и совершенствования. При этом должное внимание уделили как организационно-методиче-

ре контроля за количеством потребляемого спиртного напитка. Как доказано последними исследованиями, почти весь принимаемый алкоголь метаболизируется при участии специальных ферментов, имеющихся в организме человека и частично продуцирующихся печенью. При алкоголизме этот процесс нарушен, так же как и обмен биогенных аминов. Серьезные изменения претерпевают такие вещества, как норадреналин, особенно в мозге и гипоталамусе. Большое значение в патогенезе алкоголизма придают нарушениям витаминного обмена (витамин B_1), колеблющимся состояниям то снижения, то повышения сахара в крови (гипер- и гипогликемия), которые вызывают своеобразное «голодание», в частности к этанолу, и влекут за собой повторную алкоголизацию. Определенное внимание уделяется функционированию вегетативной нервной системы с поочередным преобладанием действия симпатических и парасимпатических ее отделов. В последнее время большое место в патогенезе алкоголизма начинает занимать изучение факторов естественного и искусственного иммунитета, при которых, возможно, увеличивается продукция морфиноподобных веществ, может быть, и приводящих к развитию физической зависимости.

Главным признаком физической зависимости является абстинентный (похмельный) синдром. Он наступает после выхода из алкогольного опьянения или запоя и чаще всего имеет депрессивную окраску. Это дает право предполагать, что в основе абстинентного синдрома лежит фармакогенная депрессия, часто замаскированная различными соматическими и реактивными нарушениями. Стремление снять тревогу, подавленное настроение, бессонницу, нередко суицидальные мысли, а также соматические симптомы, такие, как разбитость, слабость, болевые ощущения, толкает на повторный прием алкоголя. Сущность этого явления в следующем. По-видимому, в состоянии похмелья (депрессии) накапливаются ацетальдегиды (известно, что ацетальдегиды в 5—10 раз мощнее этанола) или истощаются биогенные амины. Прием алкоголя по механизмам антагонизма купирует действие ацетальдегида, улучшая настроение и создавая чувство физического комфорта.

В разные годы предлагались различные классификации алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. По мере формирования учения об этих заболеваниях сформировалась следующая классификация, используемая в учетных и отчетных документах.

Название заболевания	Шифр международной классификации
Алкогольные психозы,	291
в том числе:	
алкогольный делирий	291,0
алкогольные галлюцинозы	291,2
алкогольный параноид	291,3
другие алкогольные психозы (алкогольная энцефалопатия, корсаковский полиневротический синдром, болезнь Гайе—Вернике) и другие неуточненные психозы	291,9
Интоксикационные психозы:	
при наркоманиях	294,32
при токсикоманиях	—
Алкоголизм:	303
I стадия	303,14
II стадия	303,21
III стадия	303
Другие проявления алкоголизма	303,9
Токсикомании, наркомании	304

Принятая в СССР классификация алкоголизма, токсоманий—наркоманий существенно отличается от классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения.

Глава III

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА

В глубокой древности греки запрещали употребление алкоголя во время свадьбы. Они полагали, что выпившие супруги могут зачать неполноценных детей.

Французский профессор Демме еще в начале XX века изучил 10 здоровых семей и столько же семей, в которых алкоголизмом страдали отцы и матери, были пьяницы и среди ближайших родственников. Вот результаты.

	Дети трезвых семей	Дети семей алкоголиков
Умершие в раннем возрасте	5	12
Психически отсталые	2	8 (идиоты)
Больные эпилептики	—	13
Глухонемые, уродливые, карлики	2	10
Нервнобольные	2	5
Здоровые	50	9
Всего . . .	61	57

Французский врач Бурневиль пишет, что из 1000 идиотов, находившихся на общественном призрении, подавляющее большинство были зачаты во время окончания сбора винограда, рождественских праздников и карнавалов, когда население особенно сильно охвачено пьянством. Большинство слабоумных детей, страдающих эпилептическими припадками,— это дети, умственное недоразвитие которых связано с алкоголизмом родителей или опьянением их в момент зачатия.

Советские ученые исследовали течение беременности и родов у матерей с алкогольной отягощенностью (Л. А. Богданович). Согласно данным, в этих случаях токсикоз беременных составил 26%, тяжелые и патологические роды — 10,5%, родовые травмы — 8%, недоношенные дети — 34,5%, родившиеся с асфиксией (с удушьем) — 12,5%, физически слабые — 19%, с физическим уродством — 3%, мертворожденные — 25,5%. Таким образом, факт вредного влияния алкоголя на потомство налицо.

Обследование больших групп (до 8000 по А. К. Качаеву) страдающих алкоголизмом показало, что у 38,4% из них была патологическая наследственность.

Еще более впечатляющие данные были получены в 1973 г. (И. В. Стрельчук). В семьях 1974 обследованных больных хронический алкоголизм был обнаружен у 71,3% отцов и 10% матерей, или в 81,3% случаев. Все эти материалы неопровержимо доказывают, что риск заболеть в течение жизни в семьях, наследственно отягощенных, более высок, чем в здоровых семьях, и составляет в среднем 3—5% для мужчин и 0,1—1 % для женщин.

Клинические и эпидемиологические данные подтверждены экспериментальными исследованиями на различных животных и птицах.

Здоровым крысам в течение 8—12 мес давали с кормом алкоголь. В результате в яичниках самок количество алкоголя оказалось равным его содержанию в печени, а сама ткань яичников резко изменялась. Семь поколений мышей вскармливали пищей с алкоголем. В потомстве резко возросло количество мертворожденных, искалеченных, слабых, часть быстро умирали после рождения. Аналогичные исследования на морских свинках показали, что из 88 детенышей 54 погибли сразу же после рождения.

Опыты с воздействием паров алкоголя на куриные яйца показали, что из 160 яиц вылупились лишь 80 цыплят, из которых 40 погибли, а 25 оказались уродами.

Известен факт, что уже через час после приема средних доз алкоголя он может быть обнаружен в семени у мужчин и в яичниках у женщин. Следовательно, при слиянии мужской и женской половых клеток, отравленных алкоголем, получается неполноценный зародыш. Доказано, что наиболее опасно состояние опьянения будущей матери в момент зачатия плода.

Хроническое употребление алкоголя вредно отражается на деятельности половых желез как у мужчин, так и у женщин. В среднем только у 10% хронических алкоголиков эти железы функционируют относительно нормально, а у 50—60% наступает полная их атрофия.

Установлено, что у детей алкоголиков имеется особая физиологическая ранимость, или интолерантность к алкоголю, т. е. повышенная потребность и чувствительность к алкоголю, так же как у некоторых людей имеется наследственное пристрастие к соли, сахару или другим пищевым продуктам.

У таких лиц даже редкое употребление алкоголя может быстро сформировать характерные признаки хронического алкоголизма: привыкание, синдром похмелья. У них чаще и в более короткие сроки после начала употребления алкоголя могут возникать психозы с тяжелыми последствиями.

В связи с описанными фактами возникает вопрос: имеют ли моральное право страдающие хроническим алкоголизмом иметь потомство? Имеют, но только в том случае, если до зачатия по меньшей мере 3—5 лет не будут употреблять алкоголь.

Не менее ответственным является период беременности. Во время вынашивания плода, находящегося на полном «пищевом иждивении» матери, категорически запрещается

употреблять алкоголь, который отравляет организм не только будущей матери, но в еще большей мере ребенка. Отсюда значительное число у таких женщин недоношенных, мертворожденных, физически и психически неполноценных детей.

1. Гражданка Н. родила недоношенного ребенка. Масса тела его была 1600 г. Он очень плохо брал грудь, медленно прибавлял в массе, отмечалась задержка в росте. Начал садиться только к 1 году, а говорить — к 4 годам. В 5 лет перенес тяжелую форму гриппа и умер. Обследование показало, что наследственность не была отягощена, но мать в в период беременности пристрастилась к самогонной браге. Пила ее и в период кормления ребенка. Потом одумалась, лечилась, выздоровела, но ребенка потеряла и уже больше рожать не смогла.

2. В семье П. родился здоровый полноценный ребенок с массой тела 3600 г. Он хорошо брал грудь, в физическом и психическом развитии не было никаких отклонений от нормы. Однако мать ребенка, не обращая внимания на советы ни в коем случае не пить во время кормления грудью ребенка, употребляла алкоголь — пиво и брагу, чтобы было больше молока, водку или вино, когда настроение было плохим. В результате мальчик начал отставать в развитии. В 6 лет выглядел как 3—4-летний. Был маленький, худой, малоподвижный, не интересовался игрушками, мог целыми днями сидеть в углу и молчать.

В отличие от алкоголизма в зрелом возрасте у подростков и юношей он формируется в среднем в 3 раза быстрее, в течение 3—4 лет, т. е. идет быстрый процесс формирования болезни от первого употребления спиртных напитков до выраженных явлений алкогольного заболевания.

На темп развития алкоголизма оказывает влияние внешняя среда — неблагоприятное окружение (семья, товарищи) отрицательные обычаи, традиции. Большое значение имеют раннее начало потребления алкоголя, черты личности и характера подростка или юноши, анатомо-физиологические особенности организма.

Известно, что организм растущего ребенка переживает несколько возрастных кризов (периодов), когда отклонения от нормального развития могут начаться от самых незначительных причин — неправильного питания, инфекционных болезней, интоксикаций (например, отравление алкоголем, никотином). Эти кризы соответствуют: первый — 3—4 годам, когда мозг ребенка еще не созрел анатомически и функционально; второй — 7—8 годам, когда нервные клетки коры практически ничем уже не отличаются от таковых у взрослых. И, наконец, третий, возрастной, криз затягивается у девочек с 8 до 17 лет, а у мальчиков с 10 до 19 лет. В этот период завершается полное оформление мозговой ткани, происходит половое созревание. Последние 3—5 лет этого времени называют еще пубертатным периодом.

Нездоровая обстановка, царящая в тех семьях, в которых отец или мать выпивают, влияет на неоформившуюся нервную систему ребенка. Восприимчивые к окружающему, не умеющие еще правильно оценить явления, происходящие вокруг, дети порой воспринимают поведение родителей как пример для подражания. В таких ситуациях они не только являются свидетелями непристойного поведения отца или матери, но и нередко становятся жертвами побоев, скандалов. В связи с этим на лечение попадают дети запуганные, с заиканием, жалующиеся на потерю аппетита или наоборот, двигательно расторможенные, возбудимые.

Анатомо-физиологические особенности возрастных кризов пубертатного периода являются своеобразной благоприятной почвой, на которой алкоголь может дать быстрое развитие болезни. Имеет значение и степень алкоголизации — частота, дозы, концентрация спиртных напитков, реакция организма на прием такого напитка.

Считается, что алкоголизм чаще развивается у подростков, юношей в тех случаях, когда их личность изменена после травмы мозга, органического поражения ЦНС, психопатий и др. В этих случаях алкоголизм формируется интенсивнее, протекает злокачественнее, быстро приводит к потере количественного контроля, появлению влечения к алкоголю, выработке синдрома похмелья. Утяжеляются патологические черты характера, и эти дети в дальнейшем легко прибегают к алкоголю в любых сложных жизненных ситуациях.

У молодых людей симптомы алкоголизма могут иметь некоторые особенности: похмельный синдром носит мерцающий характер, т. е. возникает после приема больших доз алкоголя, менее продолжительный, чем у взрослых больных, и проявляется слабовыраженными соматовегетативными нарушениями.

Личностные изменения выявляются со стороны аффективно-волевой сферы, т. е. развиваются по психопатоподобному типу. Мышление становится более поверхностным со снижением критики, переоценкой собственных возможностей. Чаще, чем у взрослых, развиваются судорожные припадки, алкогольные психозы. Нередко психотические изменения имитируют шизофренический процесс. Юноши становятся жестокими, грубыми, теряют контакт с родными, перестают интересоваться семьей. Однако после прекращения алкоголизации эти признаки могут стираться или совсем исчезать, что говорит об их алкогольной, а не шизо-

френической природе. В этом возрасте быстрее развиваются симптомы нарушения витаминного баланса, особенно витаминов группы В, возможны раннее развитие атеросклероза сосудов головного мозга и сетчатки глаза, невралгии слухового, лицевого нервов.

Больной Ф., 23 лет. Наследственность психическими заболеваниями и алкоголизмом не отягощена. С 11—12-летнего возраста начал принимать спиртные напитки. После окончания 7 классов пошел работать, быстро пристрастился к алкогольным напиткам, находил любые поводы для выпивки. Стал крайне раздражительным, вспыльчивым, вступал в конфликты. Неоднократно попадал в медицинские вытрезвители. Скоро сформировался синдром похмелья. И в 15-летнем возрасте был поставлен диагноз хронического алкоголизма II стадии. За хулиганство 2 года находился в заключении. После освобождения работал на лесозаготовках. Там продолжал пить, запои длились по 10—20 дней. Во время запоев не выходил на работу, неоднократно менял место работы. За тунеядство был осужден еще на 1 год. Освободился в апреле 1978 г.

Продолжал систематически пьянствовать. В конце апреля 2 дня не пил, так как не было денег. Нарушился сон, видел кошмарные сновидения, затем стал слышать голоса. Одни его ругали, другие защищали. Как-то обострилось зрение. Скрестив руки через пальцы видел окружающие предметы, как будто руки просвечивали насквозь. По ночам наблюдал страшных зверей, людей с уродливыми лицами. Затем показалось, что его ведут на расстрел. Убегал от преследователей. При этом оказался на вокзале. По приказу голосов на ходу прыгнул в вагон отходящего поезда, сошел на какой-то станции. Голоса постоянно преследовали его. Неожиданно услышал голос бога, который приказал убить кого-нибудь. Подчиняясь приказу, подбежал к 10-летней девочке и чуть не убил ее бутылкой, но бог предотвратил убийство, сказав: «Не убей дитя». На крик девочки собрались люди, его сильно избили, затем вызвали скорую помощь, милицию, и он был доставлен в больницу.

В данном случае раннее начало употребления алкоголя привело к быстрому формированию алкоголизма III стадии, изменениям личности и впоследствии к психозу.

Свои особенности имеет алкоголизм, развивающийся в позднем возрасте — после 45—50 лет. К этому времени, как правило, анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний: атеросклерозом, сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушениями обмена веществ, увяданием деятельности желез внутренней секреции. Перечисленные факторы нередко являются отягощающими в развитии клинической картины алкогольного заболевания. В этом возрасте стадии алкоголизма формируются быстрыми темпами. За 3—4 года развиваются похмельный синдром, пониженная толерантность, изменение личности по алкогольному типу. Эти изменения могут отягощаться атеросклерозом сосудов, черепно-мозговыми травмами, старческими нарушениями психики.

У пожилых людей чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма в этом возрасте более злокачественное, с высоким темпом развития и неблагоприятным прогнозом. Плохой прогноз обусловливается еще и тем, что в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями этим больным противопоказана активная антиалкогольная терапия, а после 60 лет их нельзя направлять на принудительное лечение в ЛТП. Кроме того, вследствие пониженной сопротивляемости организма нередко эти больные погибают от различных интеркуррентных заболеваний (грипп, воспаление легких и др.).

Больной М., 72 лет. Отец злоупотреблял спиртными напитками. Сам больной имеет высшее юридическое образование, работал юристом. С 55 лет стал обнаруживать раздражительность, снижение памяти, плаксивость. С 67 лет (после смерти жены) стал употреблять алкоголь. Через 2 года после этого появилась тяга к алкоголю. Вскоре был утрачен количественный контроль, запои продолжались до недели, наблюдался синдром похмелья. В период похмелья беспокоен, испытывает слабость, недомогание, плохо ест и спит. Иногда появляются кошмарные сновидения, неопределенный страх, внутреннее волнение.

В стационаре при обследовании со стороны внутренних органов: тоны сердца глухие. АД несколько повышено (160/90 мм рт. ст.), печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Выявляется общий атеросклероз, склероз сосудов сердца и головного мозга, со стороны ЦНС явления алкогольного полиневрита (нарушение чувствительности, в руках и ногах боли по ходу нервов). Психическое состояние — недооценивает своего болезненного состояния, отмечаются заметные расстройства памяти, пониженный фон настроения, слабодушие.

Больному проводилась дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия, рациональная психотерапия. Активная антиалкогольная терапия не назначалась из-за преклонного возраста и соматического неблагополучия.

Этот пример показателен тем, что алкоголизация начинается в позднем возрасте (67 лет) быстро приводит к развитию алкоголизма II стадии. При этом у больного имеется тяжелое соматическое осложнение в виде атеросклероза, явлений полиневрита, что не дает возможности активно лечить его от алкоголизма и делает прогноз неблагоприятным.

Глава IV

АЛКОГОЛИЗМ У ЖЕНЩИН

Алкоголизм у женщин имеет особенности, отличающие его от алкоголизма у мужчин. Воспроизведите в памяти женщину, находящуюся под воздействием винных паров: лицо красное, в багровых пятнах или синюшное, глаза бле-

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЧАСТЬ ПЯТАЯ. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ

ЧАСТЬ ШЕСТАЯ. ЭКСПЕРТИЗА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ, НАРКОМАНИЯХ И ТОКСИКОМАНИЯХ

ПРИЛОЖЕНИЯ

Бабаян Эдуард Арменакович, Гонопольский Маркс Хаймович

Учебное пособие по наркологии

Редактор *Н. М. Жариков*
Художественный редактор *Т. М. Смага* Переплет художника *Ф. К. Мороз*
Технический редактор *Н. И. Людковская* Корректор *Т. А. Кузьмина*

ИБ № 2817

Сдано в набор 03.10.80. Подписано к печати 12.05.81 Т-10703 Формат бумаги 84×108 1/32. Бум. тип. № 2. Гарн. лит. Печать высокая. Усл. печ. л. 15,96 усл. кр. отт. 16,17. Уч.-изд. л. 17,22. Тираж 120 000 экз. Заказ № 2152. Цена 65 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ордена Октябрьской революции и ордена Трудового Красного Знамени Первая Образцовая типография имени А. А. Жданова Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, Москва, М-54. Валовая, 28